

—かけがえない日々を大切に生きるために—

NPO法人 日本腎臓病協会

〈事務局〉

〒113-0033 東京都文京区本郷3-28-8 日内会館6F

TEL:03-5842-4131 FAX:03-5802-5570

<https://j-ka.or.jp>

かけがえない日々を
大切に生きるために

日本腎臓病協会は腎臓病の克服を目指します

生活習慣変化、高齢化を背景に腎臓病が増加しています。腎臓病は脳卒中、心臓病、認知機能障害とも関係しており、国民の健康寿命を損なう要因となっています。その克服には、医療者、行政、市民が連携して、総力を挙げて取り組む必要があります。日本腎臓病協会 (Japan Kidney Association) は連携の核、プラットフォームとなるものです。

私共は「日本慢性腎臓病対策協議会」として慢性腎臓病 (CKD) 対策に、これまでも取り組んでまいりました。関連3学会 (日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会) が中心となり日本腎臓財団、日本医師会の協力も得て、28 団体の賛同をいただき発足したものです。CKD 対策において大きな役割を果たしましたが、未だ普及・啓発の余地は大きく、日本腎臓病協会はこの事業をさらに拡充・強化いたします。各地の診療連携体制の構築も重要です。かかりつけ医、腎臓専門医、協力医、行政との連携体制を地域の実情にあった形で構築する必要があります。日本全国どこにおいても、良質な腎臓病医療の恩恵を享受できる環境を実現したく存じます。

腎臓病を予防し、重症化することを防ぐためには、適切な運動、食事、睡眠などの日常正確の適正化が重要です。看護師、管理栄養士、薬剤師など多くの職種によるチーム医療、療養支援が有効です。2017 年に日本腎臓学会、日本腎不全看護学会、日本栄養士会、日本腎臓病薬物療法学会が連携し、「腎臓病療養指導士制度」を立ちあげました。今後は日本腎臓病協会がこの運営を行います。

腎臓病克服ためには、有効な薬剤・診断薬・機器開発が必要です。学会 (アカデミア) と企業、行政等が連携しうるプラットフォームとして、Kidney Research Initiative-Japan (KRI-J) を立ちあげました。腎臓分野における All Japan 体制を構築いたします。

さらに、患者会・関連団体との連携を深めて参ります。疾患の多くは不条理であり、患者さんご家族の声を傾聴し、事業に反映したく存じます。

以上、主として4つの事業に取り組み、その成果を社会へと還元することが日本腎臓病協会のミッションとなります。

疾患克服を目的に据えた活動の道程は平坦でも直線的でもなく、らせんを描きながら漸進的に深化して行くように考えています。未来を遠望し次世代を育成しつつ、倦むことなく、組織として前進して行きたいと決意しています。

皆様のお力を結集して腎臓病の克服に立ち向かって行きたく存じます。かけがえのない日々を生きる方々を支え、幸福実現に貢献することが我々の目標です。

NPO法人 日本腎臓病協会 理事長
柏原直樹

顧問



秋澤忠男
公益社団法人
日本透析医会 会長



榎野博史
国立大学法人
岡山大学 学長

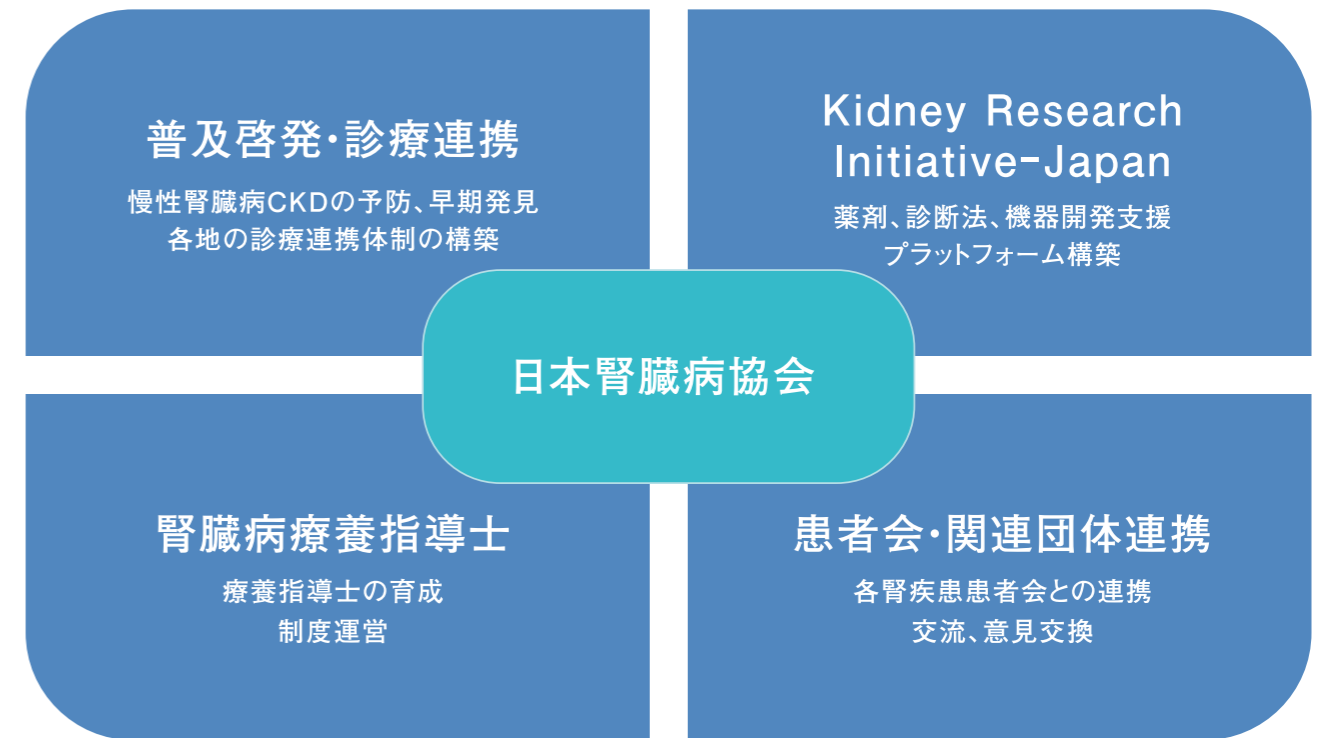


松尾清一
国立大学法人
名古屋大学 総長

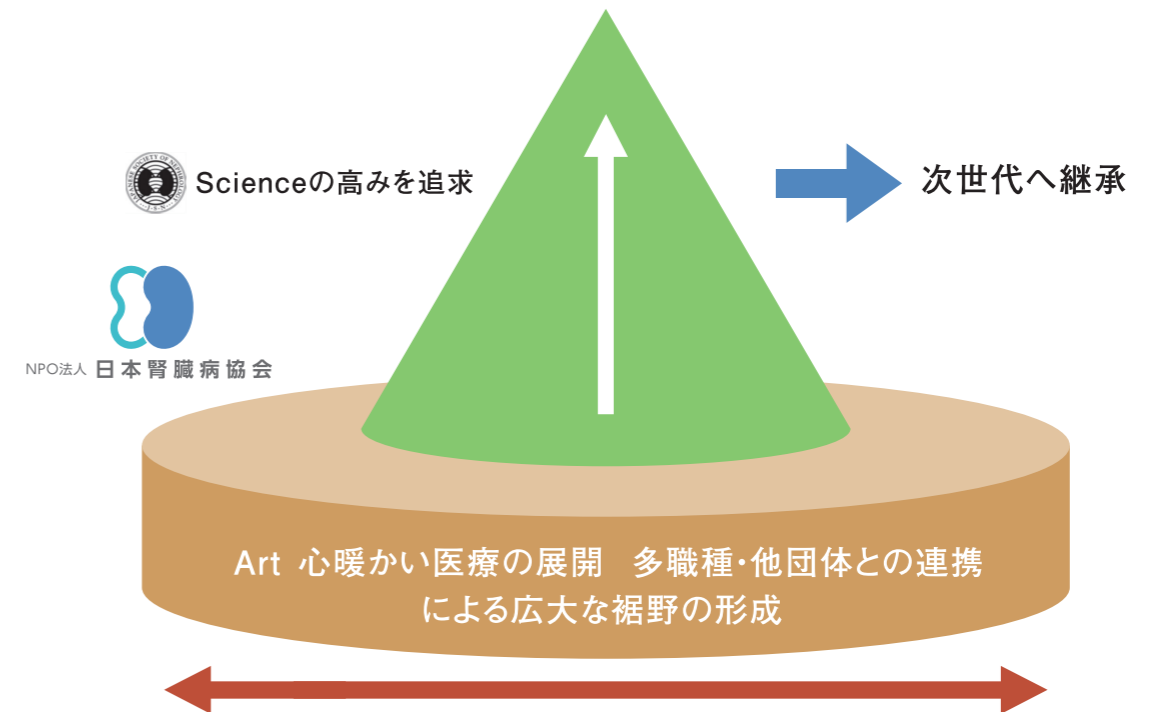


William G. Couser
国際腎臓学会 元理事長
米国腎臓学会 元理事長

■日本腎臓病協会が取り組む4つの事業



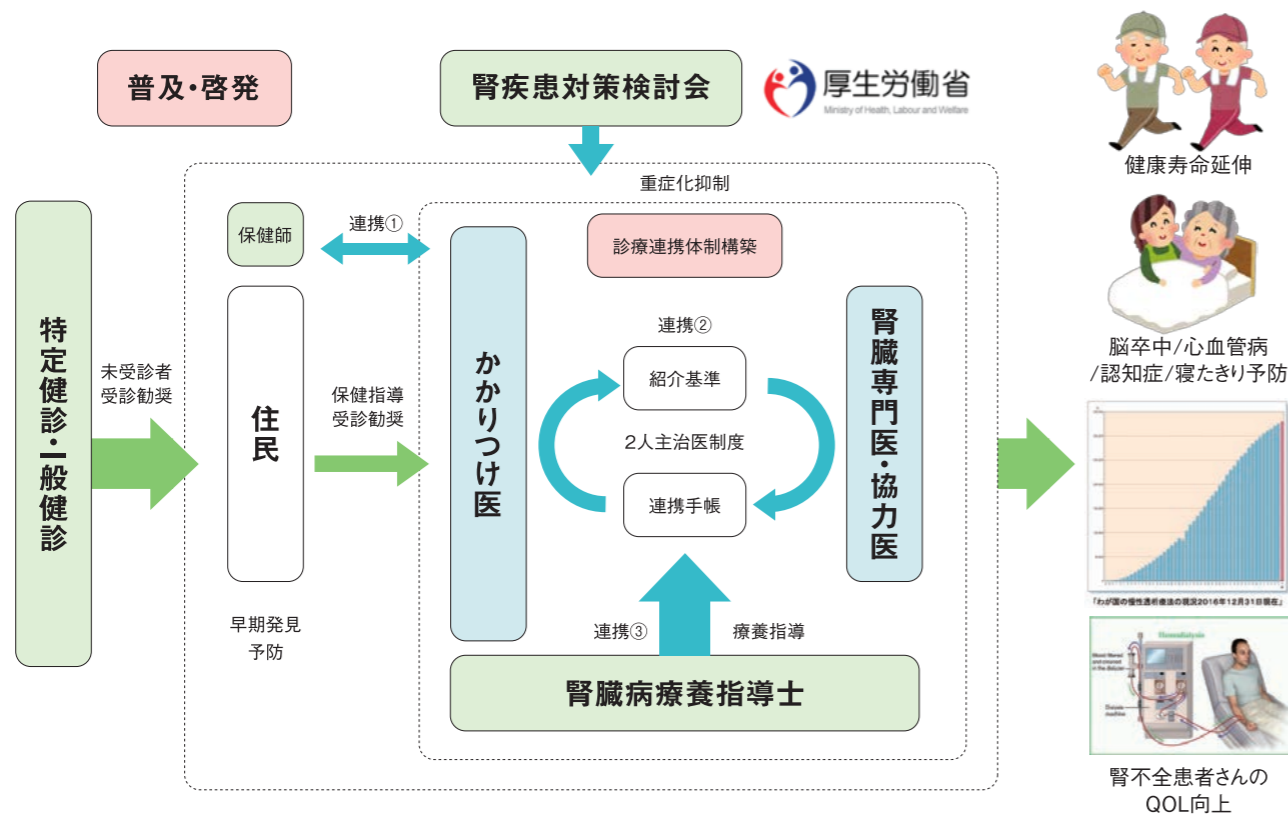
■日本腎臓病協会と学会は連携して、腎臓病の克服に取り組めます



日本腎臓病協会と学会との関係

裾野が広くなければ、頂きは高くならず、山頂の高みを追求すると裾野が広がるはず。大きな山容を形成し、次世代に継承し、腎臓病の克服を目指します。

CKD対策：普及・啓発、診療連携体制の構築



腎臓病療養指導士

腎臓病療養指導士制度の運営・講習会、試験実施

療養指導の有効性の検証

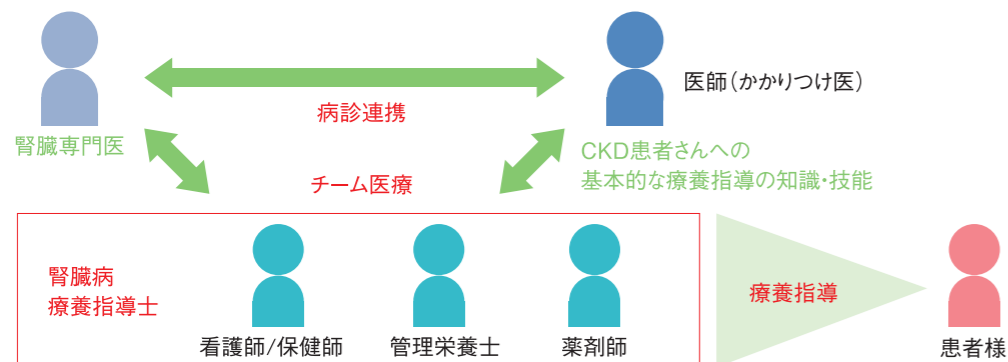
他領域療養指導士制度との連携の模索

CKDの療養指導に精通した医療職(看護職・管理栄養士・薬剤師)

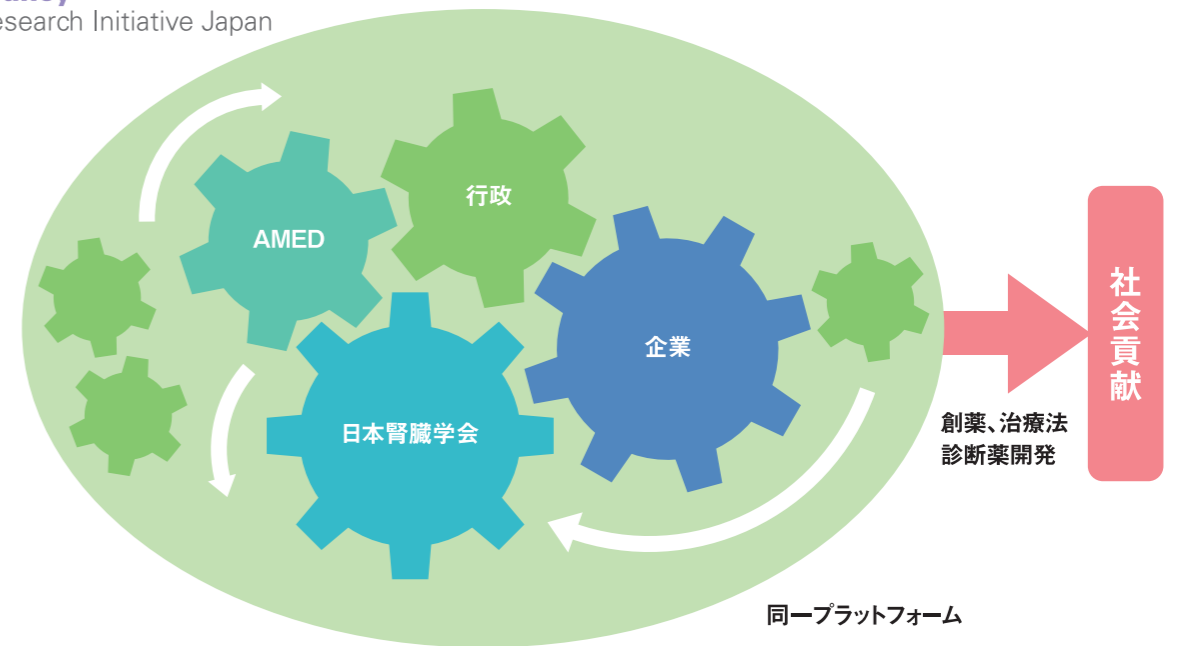
- ・CKDの療養指導に関する職種横断的な基本的知識をもつ
- ・生活・栄養・服薬と療法選択の療養指導を実践できる
- ・医師をサポートし、チーム医療の一員として行動できる
- ・医療連携の橋渡し役になれる

実務経験
講習
研修 / レポート
筆記試験

2018年4月
734名が
初認定



Kidney Research Initiative-Japan:All Japan体制の構築



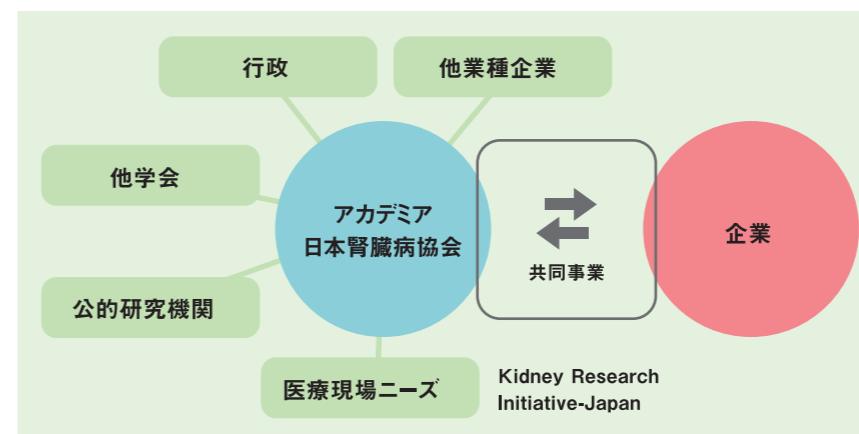
腎臓病対策に関わるすべてのステークホルダー、政策立案、研究、医薬品・機器・診断薬開発に関わる方々が一同に会するプラットフォームとして **Kidney Research Initiative-Japan (KRI-J)** を構築しました。腎臓学・腎臓病学の研究と普及を通じて、腎臓病を克服し、国民の負担に応えることが目標です。この目標を達成すべく、関係者が諸課題を共有し、腎臓学の学理探究、人材育成、研究成果の社会還元・社会実装、国民の健康福祉への貢献に総力を結集して取り組みます。

腎臓病領域の未解決課題の所在についての認識を共有し、同じ風景を見ることで、歯車がかみ合い、腎臓病克服への活動が飛躍的に加速されるはずですが。

現在も様々な形態の産学連携が展開されているところですが、KRI-J はアカデミア総体と企業との連携を緊密化し、上記課題の解決に取り組む場となります。

学会から腎臓病研究に関する最新情報の提供、課題毎の学会内のコンソーシアムの設置等、様々な活動が可能になります。

同一の目標に向かって活動するアカデミア、行政、公的機関、企業に在籍する人々が、顔の見える関係をつくり、意見交換できる場の創設をその第一歩といたく存じます。



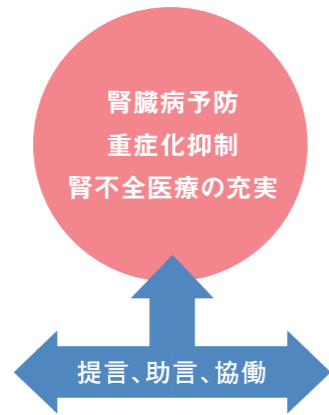
特徴

- 双方向性
- ネットワーク形成
- 課題の共有(同じ風景を見る)

アカデミアの強み

- 医療現場と密着
- 日本腎臓病協会がハブとして機能
- 生体試料へアクセス可
- 標準治療推進・ガイドライン作成

患者会・各種団体との連携



患者会



腎臓病各種患者会、関連団体との連携

かかりつけ医から腎臓専門医、協力医への紹介基準

(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓専門医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

生活習慣病からの新規透析導入患者減少のために取り組むこと

■国民への提言

1. CKDの発症や重症化を予防するため、適正体重を維持し、減塩、禁煙に努めましょう。
2. 家庭で血圧と体重を測定し、記録しましょう。
3. 特定健診・職域健診・人間ドックなどを受けて、生活習慣病やCKDの早期発見に努めましょう。
4. 生活習慣病やCKDと診断されたら、しっかりと治療を受けましょう。
5. 健診や医療機関受診時の検査結果を保存しましょう。

■医療従事者への提言：看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師等

1. 保健指導・栄養指導にあたっては、生活歴や病歴、生活状況等を把握したうえで、個々人の生活スタイル、生活環境にあった指導を心がけましょう。
2. 保健指導・栄養指導にあたっては、CKDの重症度分類を活用し、重症度を意識した、科学的根拠にもとづく保健指導を行いましょう。
3. CKDと診断された方が、継続して治療を受けているか、確実に薬を内服しているかなど確認しましょう。

■かかりつけ医への提言

1. 通院患者さんに、年1回は尿検査と血清クレアチニン検査を実施し、CKDの早期発見に努めましょう。
2. 尿蛋白陰性の糖尿病患者さんには、年1回は微量アルブミン尿をチェックし、糖尿病性腎症の早期発見に努めましょう。
3. 高血圧、糖尿病、脂質異常症のある患者さんでは、それらの管理を厳格に行い、CKDの発症予防とCKDの重症化予防に努めてください。
4. CKD患者さんについては、尿蛋白定量検査を行い、CKDの重症度分類に沿った診療を行うことで、更なる重症化の予防に努めてください。
5. 日本腎臓学会が提唱する「腎臓専門医への紹介基準」を参考に、専門医との診療連携を図りましょう。

「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」日本腎臓学会編 より一部改変

